Ein Fall einer Complication
von
Carcinoma uteri mit Gravidität.

Inaugural-Dissertation

zur

Erlangung der Doctorwürde

in der

Medicin, Chirurgie und Geburtshülfe

welche

nebst beigefügten Thesen

mit Zustimmung der Hohen Medicinischen Facultät der Universität Greifswald

am

Donnerstag, den 8. August 1889

mittags 1 Uhr

öffentlich verteidigen wird

Paul Helbig

prakt. Arzt aus Schlesien.

Opponenten:

Herr Franz Meurer, Drd. med. aus Westfalen.
Herr Wilhelm Pajenkamp, cand. med., aus der Rheinprovinz.
Herr Anton Wichert, Drd. med., prakt. Arzt aus Ostpreussen.



Greifswald
Druck von Julius Abel.
1889.

Seinen teuren Eltern

in Liebe und Dankbarkeit

gewidmet

vom

Verfasser.

Unter den Erkrankungen des Uterus, welche vorzüglich im höheren Lebensalter aufzutreten pflegen, sind die bösartigen Neubildungen, — Sarcome und Carcinome — welche sich besonders durch die Tendenz Metastasen zu bilden und nach ihrer Exstirpation zu recidivieren auszeichnen, entschieden am häufigsten. Schon im Altertum waren diese Geschwulstbildungen wegen ihres deletären Einflusses gekannt und gefürchtet, wenngleich es erst der neuesten Zeit vorbehalten blieb auf Grund pathologisch-anatomischer Studien diese beiden Tumoren streng von einander zu sondern.

Während nun das Uterussarcom vorwiegend in der Schleimhaut des Fundus uteri seinen Lieblingssitz hat, findet man das Carcinom überall, und zwar wuchert es meistenteils von der Vaginalportion ausgehend unaufhaltsam weiter. Nach Pichot kommen nur etwa 6 % aller Uteruscarcinome primär am Fundus vor.

Nach der von Klebs gegebenen Darstellung der Uteruscarcinome, welche nach Gusserow's Erfahrung am besten mit den klinischen Beobachtungen über-

einstimmt, unterscheidet man 2 Hauptformen: das Cancroid und das Carcinom, das Krebsgeschwür und die cancroide Papillärgeschwulst. Während das erstere von der inneren Fläche des Muttermundes, soweit dieselbe vom Übergangsepithel überkleidet ist, ausgeht, giebt den Fruchtboden für die Papillärgeschwulst die vaginale Oberfläche her.

Diesen Krebsformen steht das eigentliche Cervixcarcinom scharf gegenüber. Es geht, wie Gusserow sagt, von den tiefen Schichten des Uterus aus und besteht in mehr oder weniger festen knolligen Einlagerungen, die von gesunder Schleimhaut bedeckt sind und erst im späteren Verlauf, keineswegs aber immer, indem sie gegen die Oberfläche vorrücken, gangränescieren und aufbrechen, sodass dann auch Krebsgeschwüre mit rapidem nekrotischem Zerfalle der Gewebe bei dieser Form beobachtet werden.

Alle diese Formen der Neubildung, sei es nun, dass sie oberflächlich entstehen oder aus der Tiefe hervorwuchern, sei es, dass sie an der Portio vaginalis oder am Fundus uteri primär auftreten, haben das Eine gemeinsam, dass sie sehr bald die benachbarten Gewebe in den ihnen eigenen Zerstörungsprozess hineinziehen und durch die dem Organismus entzogenen Kräfte schnell zur Cachexie führen, welche die unglücklichen Kranken dem Tode rettungslos überantwortet. So scheusslich nun Carcinome an und für sich sowohl für die davon Betroffenen als für ihre Umgebung durch den widerlichen Geruch, den sie

verbreiten, sind, wie viel mehr werden diese schrecklichen Zustände durch die vielen Complicationen, die sie im Gefolge haben und die sehr wohl im Stande sind, das Leben nicht mehr lebenswert erscheinen zu lassen, gesteigert! Denken wir nur an die Blasenscheiden- und Scheidenmastdarm-Fisteln und an jene Tatsache, die fast stetig bei jedem etwas länger bestehenden Uteruscarcinom zu constatieren ist, die Compression und Dilatation der Ureteren und die dadurch bedingte Hydronephrose mit allen ihren Folgen (welche Blau unter 93 Fällen 57 mal fand)!

Eine der unheilvollsten und verderblichsten Complicationen stellt meines Dafürhaltens die Gravidität dar.

Es sei mir nun gestattet, im Folgenden in Kürze die gegenseitigen Beziehungen, welche zwischen Carcinom und Gravidität bestehen, auseinanderzusetzen, und im Anschluss daran einige Fälle dieser Complication, welche mir durch die Güte des Herrn Geheimrats Professor Dr. Pernice, meines hochverehrten Lehrers, zur Veröffentlichung überlassen worden sind, und welche in der letzten Zeit in der hiesigen geburtshülflichen Klinik zur Behandlung gelangt sind, folgen zu lassen.

Glücklicherweise gehört jenes oben erwähnte gleichzeitige Vorkommen von Carcinoma uteri und Gravidität zu den am seltensten beobachteten Erscheinungen, wie statistische Forschungen oft genug bewiesen haben. Ich folge hier der Zusammenstellung von C. H. Stratz, welche dem Material der Berliner

Universitäts-Frauenklinik entstammt, wonach in zehn Jahren von 1876—1886 unter 1034 Carcinomkranken nur 2 Complicationen mit Gravidität, also nur 1,16 % sämmtlicher Fälle, beobachtet wurden, während bei den in derselben Zeit beobachteten 17832 Geburten nur 7 mal die Diagnose auf complicierendes Carcinom gestellt werden konnte.

Was nun die Gründe für dieses seltene Vorkommen dieser Complication anbetrifft, so liegen dieselben vornehmlich darin, dass die Entwicklung des Carcinoms meist erst nach den 40er Jahren eintritt, in einem Alter, in welchem die Conceptionsfähigkeit nicht mehr allzuhäufig zu sein pflegt, da nach Gusserow's Angaben Geburten nach dem 38. Lebensjahre immerhin selten sind.

Andrerseits muss man wohl annehmen, dass bereits bestehender Krebs öfters das Eintreten der Schwangerschaft nicht zu stande kommen lässt.

Überhaupt kann man nach dem einstimmigen Urteile aller Geburtshelfer mit Recht behaupten, dass die Conception nur bei völligem Intactsein der Uterusschleimhaut, welche ja den Nährboden für das befruchtete Ei darbietet, erfolgen kann, es sich also höchstens in den Fällen nur um eine nicht weit vorgeschrittene carcinomatöse Affection der Vaginalportion oder des Cervix handeln kann.

Die Frage, ob die Gravidität oder das Carcinom das Primäre sei, ist verschieden beantwortet worden.

Manche Geburtshelfer haben die Behauptung auf-

gestellt, die krebsige Degeneration habe zur Zeit der befruchtenden Cohabitation noch nicht bestanden, sondern sich erst im Verlaufe der Schwangerschaft eingefunden.

Andere und unter ihnen Cohnstein glauben, dass das Carcinom das Primäre, die Gravidität erst das Secundäre sei, ja dass das erstere den Eintritt derselben zuweilen sehr begünstige. So fand er unter 127 diesbezüglichen Beobachtungen 21 mal schon längeres Bestehen des Carcinoms bis zu einem Jahre, ehe die Complication hinzukam. Mit dieser Cohnsteinschen Ansicht kann sich die Mehrzahl der Autoren nicht befreunden; es widersprechen ihr wohl auch die Thatsachen.

Aus der Zahl der Gründe, weshalb ein bestehender Krebs den Eintritt der Gravidität beeinträchtige resp. ausschliesse, will ich nur die bedeutendsten anführen.

Gusserow findet den Hauptgrund, welcher das gleichzeitige Vorkommen von Gravidität und Carcinom in hohem Masse beschränkt, darin, dass bei dem jauchigen Zerfalle der erkrankten Partieen dem Zusammentreffen von Sperma und Ovulum mannigfache Hindernisse bereitet seien.

Spencer Wells meint, das Sperma werde durch krankhafte Secretion aus den Geschlechtsteilen zerstört.

Andere Autoren, dass der durch die carcinomatöse Wucherung auf den Uterus ausgeübte Reiz dem befruchteten Ei den zur Entwicklung notwendigen frucht-

baren Nährboden entzieht. Noch andere erkennen in den häufig bei Carcinom auftretenden Endometritiden die Ursache für das seltene Vorkommen dieser Complication. Es mag ja nun sein, dass aus diesen angeführten Ursachen das Eintreten der Schwangerschaft in den meisten Fällen verhindert wird, dass es aber nicht vollkommen ausgeschlossen erscheint, dagegen spricht doch das zeitweilige Vorkommen der Graviditas.

Die Ansichten über den Einfluss, welchen das befruchtete und sich entwickelnde Ovulum auf die Neubildung ausübt, gehen auch heute noch weiter auseinander.

So ist Schroeder der Meinung, dass durch die vermehrte Säftezufuhr die Wucherung und der Zerfall der neugebildeten Massen so gesteigert werde, dass das Übel während der Gravidität rapide Fortschritte mache. Charakteristische Beobachtungen dieser Art sind bei Depaul, Pfannkuch, Galabin, Benicke verzeichnet.

Andere Autoren und unter ihnen Spiegelberg beobachteten dagegen, dass während der Schwangerschaft die Krankheit stabil blieb und gar keine Fortschritte machte. Cohnstein fand sogar, dass bei bereits länger bestehendem Gebärmutterkrebs die Gravidität die locale Erkrankung scheinbar verhältnismässig günstig beeinflusst habe. Er berichtet, dass unter 13 derartigen Erkrankungen nur 3 mal ein deutlicher Fortschritt, 6 mal keine nennenswerte Beschleunigung und 4 mal ein vollständiger Stillstand

in der Entwicklung des Carcinoms zu constatieren gewesen sei. Dieser letzten statistischen Angabe von Cohnstein gegenüber fällt die Thatsache schwerwiegend in die Wagschale, dass bei den meisten Fällen ein rapides Wachstum des Carcinoms, welches bis vor Eintritt der Schwangerschaft so gut wie gar keine Beschwerden verursachte und daher oft unbemerkt blieb, nach erfolgter Conception nachweisbar war, das so bedenkliche Folgen für die Mutter im Gefolge hat.

Worin bestehen nun die Gefahren, welche das mütterliche Leben bedrohen, bei der Complication mit Gravidität? Ist es ferner überhaupt möglich, dass die Schwangerschaft ihr normales Ende erreichen kann? Beantworten wir die letzte Frage zuerst.

Trat Gravidität bei erst in Anfangsstadium sich befindendem Carcinom ein, so kann diese ohne erhebliche Nachteile für Mutter und Kind ihr normales Ende erreichen. Es erfolgt eine normale Geburt vornehmlich dann, wenn nur eine Muttermundslippe und zwar besonders dann, wenn die hintere allein krebsig afficiert ist, wie die Statistik beweist. Dabei kann, wie Gusserow ausführt, entweder die erkrankte Partie an der Ausdehnung des Muttermundes Anteil nehmen oder das vollständige Verstreichen der gesunden Lippe hinreichend Raum für den Durchtritt des Kopfes geben. Sind dagegen beide Muttermundslippen oder der grössere Teil der Portio vaginalis überhaupt erkrankt — damit kommen wir zur Beantwortung

unserer ersten Frage — so kann die Geburt sehr selten spontan von statten gehen, weil der Widerstand, den die festen starren infiltrierten Teile setzen, bei der oft bestehenden Wehenschwäche, einer Folge der mit dem Fortschreiten des Carcinoms Hand in Hand einhergehenden Consumption der Körperkräfte, meistens unüberwindlich und somit eine Dilatation der unteren Gebärmutterabschnitte nicht zu erreichen ist. Es kann dann für gewöhnlich die Geburt nur durch tiefe Einrisse der erkrankten Teile, die bis in das Cavum peritonei gehen können, oder unter vollständiger Zertrümmerung der Krebsmassen vor sich gehen und nur unter grossen Gefahren für das Leben der Mutter und des Kindes beendet werden.

In diesen Fällen tritt der Tod der Mutter, wenn nicht noch rechtzeitig durch operative Eingriffe Hilfe geschafft wird, sehr häufig infolge von Uterusruptur oder profusen Blutungen, deren Stillung im carcinomatös degenerierten Gewebe oft eine Unmöglichkeit ist, ein, während das kindliche Leben durch die lange Dauer der Geburt sehr gefährdet ist.

Hat die Mutter die Gefahren der Geburt glücklich überstanden, so lauern im Wochenbette auf sie unzählich andere. Sehr viele gehen gleich nach der Geburt an Erschöpfung zu grunde; andere sterben im Verlaufe des Wochenbettes infolge der durch die Zermalmung der Krebsmassen und durch die entstandenen Einrisse bedingten Infection an septischer Peritonitis oder Pyaemie. Ist dagegen die Geburt

leicht und spontan von statten gegangen, ohne dass erhebliche Verletzungen der mütterlichen Weichteile, welche den Infectionserregern leichten Eingang verschaffen, erfolgt sind, so hat man auch andrerseits zuweilen die Frauen sich wieder erholen sehen, (Savory-Godson hat sogar ein abermaliges Eintreten der Schwangerschaft mit normaler Geburt beobachtet), um erst in längerer oder kürzerer Zeit ihren Leiden zu erliegen.

So fand Cohnstein unter 126 Müttern 54, die sich erholten, während 72 den Folgen der Geburt erlagen.

Werfen wir nun noch einen Blick auf die Therapie. Dieselbe muss sich nach der Ausdehnung und dem Sitze des Tumors und dem Gesamtbefinden der Frau richten.

Kann man hoffen das Carcinom von Grund aus zu entfernen, so ist die Exstirpation der erkrankten Gewebe ohne Zweifel das einzig richtige Verfahren und dieselbe ohne Rücksicht auf die bestehende Schwangerschaft energisch auszuführen, da es entschieden von hohem Wert ist — wenn auch nur für kurze Zeit — ein mütterliches Leben, von dem das Wohl einer ganzen Familie abhängt, zu erhalten. Ist wie so häufig der Krebs noch auf einen Teil der Vaginalportion beschränkt, so gelingt es in der Regel leicht denselben zu entfernen, ohne eine Unterbrechung der Schwangerschaft herbeizuführen.

Wenn aber das Carcinom nicht mehr an der

Portio vaginalis lokalisiert, sondern bereits weiter auf den Uterus vorgeschritten ist, so ist nach C. Braun bei noch nicht lange bestehender Gravidität der künstliche Abortus einzuleiten und im Anschluss daran die sofortige Entfernung des erkrankten Organs per vaginam vorzunehmen.

Hat jedoch die totale Uterusexstirpation keine günstige Prognose mehr, so ist es das Beste, sich abwartend zu verhalten und im Interesse der Rettung des Kindes, da das mütterliche Leben doch unrettbar verloren ist, am normalen Ende der Schwangerschaft die sectio caesarea auszuführen, während sich die Therapie im Interesse der Mutter nur auf möglichst gute Ernährung und die Bekämpfung der lästigsten Symptome beschränken kann.

Es ist somit die Pflicht jedes Arztes überall da, wo es noch irgend möglich ist, sei es um eine radikale oder eine partielle Heilung resp. Erleiehterung herbei zuführen, die krebsig erkrankten Partieen zu entfernen, um einmal das mütterliche Leben zu erhalten und eine normale Geburt zu ermöglichen, das andre Mal die unausbleiblich schrecklichen Folgen möglichst lange abzuhalten.

Nunmehr komme ich zur Besprechung der mir zur Veröffentlichung freundlichst überlassenen Fälle.

Es sei mir zunächst gestattet über 2 Fälle dieser Complication, welche im Sommer-Semester 1887 in der hiesigen geburtshülflichen Klinik zur Beobachtung gelangten und bereits veröffentlicht wurden, kurz zu

referieren, und im Anschluss daran einen Fall, welcher im verflossenen Sommer-Semester zur Beobachtung kam und auf operativem Wege behandelt wurde, etwas näher und ausführlicher zu beleuchten.

Der erste verlief unter dem Bilde echten Puerperalfiebers und den Erscheinungen schwerster Sepsis. Die Patientin wurde in fast collabiertem Zustande in die Anstalt übergeführt. Die Anamnese und die vorgenommene Untersuchung liessen die Diagnose auf ein bereits in Exulceration begriffenes Uteruscarcinom mit Gravidität im 6. Monat stellen. Einige Tage nach der Aufnahme trat der exitus letalis ein.

Die von Herrn Professor Dr. Gravitz vorgenommene Obduction bestätigte die Diagnose. Ausserdem konnte constatiert werden, dass das Carcinom in diesem Falle auch bereits in den entfernteren Organen zahlreiche Geschwulstheerde gesetzt hatte.

Während diesem Falle gegenüber die Therapie machtlos war, gelang es bei dem zweiten Falle die Gefahren vollständig zu beseitigen.

Die 30 Jahr alte, kräftige Patientin hatte bei ihrer Aufnahme ein Carcinom von Apfelgrösse auf der vorderen Muttermundlippe, welches mit Gravidität compliciert war. Die behufs Entfernung der krebsigen Partie notwendige Amputation der erkrankten Muttermundslippe wurde nach sorgfältigster Vorbereitung einige Tage später ausgeführt. Einige Tage nach der Operation wurde bei der Scheidenausspülung nach der Entfernung des Tampons ein Finger-

langer Foetus mit vollständiger Placenta und Eihäuten ausgestossen. Nach ca. 4wöchentlichem Aufenthalte in der Klinik konnte die Patientin geheilt entlassen werden.

Eine ungefähr einen Monat später vorgenommene Untersuchung des Operationsfeldes ergab ein gutes Verhalten der Narbe und ihrer Umgebung.

Der nunmehr folgende Fall der Complication von Carcinom und Gravidität darf wohl umsomehr unser Interesse erwecken, weil er den möglichst günstigsten Verlauf zu nehmen verspricht und Verfasser die Ehre hatte, der von Herrn Geheimrat Prof. Dr. Pernice vorgenommenen Operation beizuwohnen, und die Patientin bis zur Entlassung aus der Anstalt beobachten konnte.

Der Fall betrifft Frau W. aus P.

Anamnese. Frau W. aus P., 36 Jahre alt, stammt aus gesunder Familie und will in ihrer Jugend nie erheblich krank gewesen sein. Im 16. Lebensjahre wurde sie zum ersten Male menstruiert. Die Menstruation war stets regelmässig, nicht sehr reichlich, schmerzlos und hielt 3—4 Tage an. Stücken gingen nicht ab. Patientin hat 3 lebende Kinder ohne jegliche Kunsthilfe geboren. Die Wochenbette haben keinerlei Störungen hinterlassen. Die letzte Menstruation hatte sie Anfang Februar dieses Jahres. Über die gewöhnlichen Schwangerschaftsbeschwerden, wie Kopfschmerzen, morgendliches Erbrechen, Appetitmangel u. a. will Patientin nie zu klagen gehabt

haben. Ungefähr einen Monat vor ihrer Aufnahme in die hiesige geburtshilfliche Klinik, die am 5. Juli erfolgte, stellten sich mässige, lancinierende Rücken- und Kreuzschmerzen, die an Intensitaet stetig zunahmen, ein. Ebenso bestand seit einiger Zeit geringer eiterähnlicher Ausfluss aus der Vagina, der keinen unangenehmen Geruch verbreitet haben soll. Gegen Mitte Juni trat eine mässige Blutung auf, die 8 Tage lang andauerte und immer profuser wurde. Der consultierte Arzt verordnete vor allem Ruhe, Ausspülungen und riet zur Aufnahme in die Anstalt, die am 5. Juli stattfand. Kurze Zeit vor Eintritt der Blutung will sie die ersten Kindsbewegungen verspürt haben.

Status praesens.

Patientin ist gracil gebaut, von mittlerer Grösse, normalem Knochenbau, mässig entwickelter Musculatur und spärlichem Panniculus adiposus. Die Farbe des Gesichts und der sichtbaren Schleimhäute ist blass. Die Atmung ist normal, die Brustorgane zeigen keine Abnormitäten. Die Herzaction ist ziemlich kräftig und regelmässig. Der Appetit ist gut, der Ernährungszustand leidlich zu nennen. Urin und Stuhlgang normal.

Aeussere Untersuchung.

Der Uterus ist gleichmässig vergrössert, zeigt keine Unebenheiten und ist von weicher, elastischer Beschaffenheit. Der Fundus steht fast in Nabelhöhe. Die Entfernung des Processus xiphoides von der

Symphyse beträgt 27 1/2 cm, der Umfang des Abdomens in Nabelhöhe 89 cm.

Bimanuelle Untersuchung.

Während die vordere Muttermundslippe vollkommen intakt ist, befindet sich an der hinteren eine blumenkohlartige Geschwulst von Taubeneigrösse und festweicher Consistenz, die bei jeglicher Berührung sofort zu bluten beginnt. Der hintere Rand der Lippe ist von der Neubildung noch nicht befallen.

Die Untersuchung mit dem Speculum bestätigt das bimanuell gefundene Resultat. Der Tumor hat ein bläulich-rötliches Aussehen. Es besteht ausserdem mässiger, wenig übelriechender Ausfluss. Der Uterus ist beweglich und lässt sich leicht weit nach unten dislocieren.

Einige abgekratzte Partikelchen erweisen sich bei mikroskopischer Untersuchung als Zapfen von epithelialen Zellen in zellenreichem bindegewebigem Stroma. Die Diagnose wird auf Carcinom mit complicierender Gravidität gestellt, weil der Uterus seit dem Ausbleiben der Mensis stetig gewachsen, weil das vergrösserte Organ einen graviden in dem anzunehmenden Schwangerschaftsmonate entspricht, Kindsbewegungen wahrgenommen worden sind und andere Gründe, welche die Vergrösserung des Organs bedingen, nicht nachweisbar sind.

Die ersten Tage werden Sublimatausspülungen und eine einmalige Auskratzung mit dem scharfen

Löffel, an welche sich die Tamponade mit Jodoformgaze anschliesst, vorgenommen.

Am 10. Juli wird von Herrn Geheimrat Pernice die Amputation der erkrankten Muttermundslippe, welche folgenden Verlauf nimmt, ausgeführt. Nach gründlicher Reinigung des Operationssaales und der Instrumente, nach sorgfältigster Vorbereitung und Toilette des Operationsfeldes wird in guter Narkose die hintere Muttermundslippe mit Muzeux'schen Zangen, soweit es angeht, nach unten dislociert. Darauf der Cervix beiderseits gespalten und die Amputation der Lippe im Gesunden vorgenommen. Die Blutung war ziemlich erheblich, wurde aber durch mehrere Seidenfäden, welche die Cervicalschleimhaut mit der hinteren Muttermundslippe verknüpften, in kürzester Zeit vollständig zum Stehen gebracht. Darauf wurde die Wunde mit Jodoformpulver bestreut und die Tamponade mit Jodoformgaze vollzogen. Die mikroskopische Untersuchung der amputierten Muttermundslippe ergab folgendes Resultat:

Die oberflächlichen Epithelschichten sind verdickt und von zahlreichen Uterindrüsen durchsetzt. In der Tiefe erblickt man teils Epithelialzapfen, teils zellenreiches Bindegewebe, dessen alveolärer Bau an gefärbten Präparaten deutlich erkennbar ist. In einzelnen Alveolen sind die Epithelzapfen herausgefallen. Das Bindegewebe ist sehr zellenreich, in lebhafter Proliferation begriffen.

Im Verlaufe des Operationstages und der darauf

folgenden 3 nächsten Tage klagte Patientin zeitweise über eigentümliche wehenartige Schmerzen, die oft stundenlang anhielten.

Die Heilung verlief sonst ohne irgend die geringste Störung. Die Temperatur hielt sich stets in den normalen Grenzen.

Die Therapie beschränkt sich auf gute, kräftige Diät, um das Allgemeinbefinden zu heben, und auf täglich vorzunehmende Scheidenausspülungen.

Nachdem am 16. Juli die Nadeln entfernt worden waren, konnte Patientin am 24. d. M. geheilt und mit der Weisung, sich nach der Geburt wieder vorzustellen, die Anstalt verlassen.

Da in unserem Falle alles Erkrankte entfernt und im Gesunden operiert werden konnte, die Wundheilung ohne Störungen von Statten ging, die anfänglich auftretenden wehenartigen Schmerzen bald ausblieben und eine Ausstossung der Frucht nicht erfolgt und auch nicht mehr zu erwarten ist, so ist die Prognose für Mutter und Kind als eine sehr günstige zu bezeichnen.

Zum Schlusse dieser Arbeit erfülle ich die angenehme Pflicht, auch an dieser Stelle meinem hochverehrten Lehrer, Herrn Geh. Med.-Rat Prof. Dr. Pernice für die freundliche Überweisung des Themas und die Unterstützung bei Bearbeitung desselben meinen herzlichsten Dank auszusprechen.

Litteratur.

Gusserow. Neubildungen des Uterus.

Schroeder. Lehrbuch der Geburtshilfe.

Schroeder. Krankheiten der weibl. Geschlechtsorgane.

Zeitschrift für Geburtshilfe und Gynaekologie. 1886. Band XII.

Olbrich. Zwei Fälle einer Complication von Carcinoma uteri mit Gravidität.

Centralblatt für Gynaekologie. Achter Jahrgang.

Lebenslauf.

Paul Carl Bruno Helbig, Sohn des Gutsbesitzers Johann Helbig und dessen Ehefrau Luise, geb. Aust, katholischer Confession, wurde am 5. September 1862 zu Hohendorf, Kreis Goldberg-Hainau in Schlesien geboren. Er besuchte zuerst die Schule seines Heimathsortes und dann, nachdem er in Loewenberg i. Schl. für das Gymnasium vorbereitet worden war, das Königl. kath. Gymnasium zu Gross-Glogau und machte auf der Königl. Ritterakademie zu Liegnitz das Abiturientenexamen. Um sich dem Studium der Medizin zu widmen, begab er sich nach Greifswald, wo er von dem derzeitigen Dekan, Herrn Geh. Med.-Rat Prof. Dr. Pernice in das Album der medicinischen Fakultät eingetragen wurde. Am 26. Juli 1886 bestand er die ärztliche Vorprüfung. Er genügte im Wintersemester 1886/87 seiner halbjährigen Militärdienstpflicht im Füsilier-Bataillon V. Pomm. Infanterie-Regiments Nr. 42. Die ärztliche Staatsprüfung beendete er am 19. Juni 1889 und bestand unter dem Decanate des Herrn Professor Dr. Helferich am 31. Juli das Examen rigorosum.

Während seiner Studienzeit besuchte er die Vorlesungen, Kliniken und Curse folgender Herren Professoren und Docenten:

J. Budge †, A. Budge †, Beumer, von Feilitzsch †, Grawitz, Gerstaecker, Helferich, Krabler, Landois, Limpricht, Löbker, Mosler, Münter †, Peiper, Pernice, von Preuschen, Rinne, Schirmer, Schmitz, Schulz, Solger, Sommer, Strübing.

Allen diesen seinen hochverehrten Herren Lehrern spricht Verfasser an dieser Stelle den aufrichtigsten Dank aus.

Thesen.

I.

Ist ein mit Gravidität compliciertes Uteruscarcinom noch auf die Muttermundslippen beschränkt, so ist die intravaginale Absetzung des Collum uteri intra graviditatem angezeigt.

II.

Bei Hypopyon-Keratitis ist die Saemisch'sche Spaltung der Anwendung der Platina candens vorzuziehen.

III.

Zur Hervorbringung der Eisenwirkung für therapeutische Zwecke ist die Anwendung kleiner Dosen gelösten Eisens jeder anderen vorzuziehen.